

UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 17 marca 2015 r. Sąd Rejonowy dla Łodzi - Śródmieścia w Łodzi, XI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych zmienił zaskarżoną decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w Ł. i przyznał T. R. prawo do świadczenia rehabilitacyjnego za okres od dnia 1 września 2012 r. do dnia 15 listopada 2012 r. od podstawy wymiaru obliczonej od przychodu z 12 miesięcy kalendarzowych.

Powyższe orzeczenie zapadło w oparciu o następujące ustalenia faktyczne.

Wnioskodawca T. R. był zatrudniony w firmie (...) sp. z o.o. w okresie od dnia 7 maja 2007r. do 31 sierpnia 2012r. W okresie od dnia 24 maja 2011r. do dnia 25 czerwca 2011r. pracodawca wypłacił mu wynagrodzenie za czas choroby. ZUS wypłacił wnioskodawcy zasiłek chorobowy za okres od dnia 26 czerwca 2011r. do 21 listopada 2011r., a następnie za okres od 22 listopada 2011r. do 31 sierpnia 2012r. świadczenie rehabilitacyjne. Decyzją z dnia 15 stycznia 2013r. przyznano wnioskodawcy prawo do świadczenia rehabilitacyjnego z tytułu działalności gospodarczej. Wnioskodawca prowadzi działalność gospodarczą od 1999r. Z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej w okresie zatrudnienia podlegał ubezpieczeniu zdrowotnemu. Od dnia 1 września 2012r. został objęty ubezpieczeniem chorobowym z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej.

W oparciu o tak ustalony stan faktyczny Sąd Rejonowy uznał odwołanie za uzasadnione.

Sąd podniósł, iż zgodnie z art. 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (tekst jednolity Dz. U. z 2005 roku Nr 31, poz. 267 z późniejszymi zmianami) świadczenia pieniężne z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, zwanego dalej "ubezpieczeniem chorobowym", obejmują: zasiłek chorobowy, świadczenie rehabilitacyjne, zasiłek wyrównawczy, zasiłek macierzyński i zasiłek opiekuńczy. Na podstawie art. 1 ust. 1 w/w ustawy, świadczenia pieniężne na warunkach i w wysokości określonych ustawą przysługują osobom objętym ubezpieczeniem społecznym w razie choroby i macierzyństwa określonym w ustawie z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (obecnie tekst jednolity Dz. U. z 2007 roku Nr 11, poz. 74 z późniejszymi zmianami), zwanym dalej "ubezpieczonymi".

Według treści art. 36 ust. 1 w/w ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, podstawę wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego ubezpieczonemu będącemu pracownikiem stanowi przeciętne miesięczne wynagrodzenie wypłacone za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy. Zgodnie natomiast z art. 48 ust.1 cytowanej ustawy podstawę wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego ubezpieczonemu niebędącemu pracownikiem stanowi przychód za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy. Przy czym, przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego ubezpieczonemu niebędącemu pracownikiem stosuje się odpowiednio przepisy art. 36 ust. 2-4, art. 38 ust. 1, art. 42, 43 i 46, z zastrzeżeniem art. 49 i 50 (art.48 ust.2 cyt.ustawy).

Jednocześnie przepis art. 4 ust. 1 ustawy z 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa ustanawia okresy wyczekiwania poprzedzającego nabycie prawa do zasiłku chorobowego (30 dni dla pracowników i 90 dni dla osób ubezpieczonych dobrowolnie), jednakże z mocy ust. 2 tego artykułu do okresów ubezpieczenia chorobowego z danego tytułu wlicza się poprzednie okresy ubezpieczenia chorobowego (zarówno obowiązkowego, jak i dobrowolnego), jeżeli przerwa pomiędzy nimi nie przekroczyła 30 dni lub była spowodowana urlopem wychowawczym, urlopem bezpłatnym albo odbywaniem czynnej służby wojskowej przez żołnierza niezawodowego. W takiej sytuacji, w przypadku powstania niezdolności do pracy w pierwszym miesiącu kalendarzowym aktualnego ubezpieczenia chorobowego, sposób ustalania wysokości zasiłku chorobowego został zróżnicowany w zależności od tego, czy ubezpieczony podlega temu ubezpieczeniu obowiązkowo z tytułu pozostawania w stosunku pracy, czy też został nim objęty na zasadach dobrowolności z tytułu prowadzenia działalności

gospodarczej. Do tej pierwszej sytuacji zastosowanie znajduje zasada wynikająca z art. 37 ust. 1 ustawy, zgodnie z którą podstawę wymiaru zasiłku chorobowego stanowi wynagrodzenie, które ubezpieczony będący pracownikiem osiągnąłby, gdyby pracował pełny miesiąc kalendarzowy. Przepis art. 48 ust. 2 (podobnie jak art. 52) ustawy zasiłkowej nie odsyła do odpowiedniego stosowania tej zasady w stosunku do osób niebędących pracownikami. Dla tych ubezpieczonych reguły ustalania wysokości zasiłku chorobowego ustanawia art. 49. Przepis ten w odniesieniu do osób, dla których ustalono najniższą podstawę wymiaru składek (w tym osób prowadzących działalność gospodarczą), nakazuje ustalać podstawę wymiaru zasiłku chorobowego od tej właśnie najniższej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe. Przepis ten reguluje ustalanie wysokości zasiłku chorobowego dla osób przystępujących do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej po raz pierwszy. Jego zakresem nie są natomiast objęte osoby, których dobrowolne ubezpieczenie chorobowe z tytułu takiej działalności było poprzedzone - bezpośrednio lub z przerwą nie dłuższą niż określona w art. 4 ust. 2 ustawy - ubezpieczeniem chorobowym z innego tytułu. Zróżnicowanie sytuacji ubezpieczonych będących pracownikami oraz ubezpieczonych dobrowolnie zakwestionował Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 24 maja 2012 r. (sygn. P 12/10, OTK-A 2012 nr 5, poz. 52), w odniesieniu do tych osób prowadzących działalność gospodarczą, których dobrowolne ubezpieczenie chorobowe z tytułu prowadzenia takiej działalności poprzedzone było - bezpośrednio, albo z krótką przerwą - ubezpieczeniem chorobowym z innego tytułu, w szczególności z tytułu pozostawania w stosunku pracy. Trybunał Konstytucyjny orzekł, że art. 48 ust. 2 i art. 52 ustawy zasiłkowej w zakresie, w jakim nie przewidują odpowiedniego stosowania art. 37 ust. 1 tej ustawy przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłków chorobowego i macierzyńskiego należnych ubezpieczonemu, dobrowolnie podlegającemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej, którego niezdolność do pracy powstała przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia chorobowego z tego tytułu, w sytuacji gdy było ono poprzedzone ubezpieczeniem chorobowym z innego tytułu, są niezgodne z art. 32 ust. 1 w związku z wynikającą z art. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej zasadą sprawiedliwości społecznej.

W motywach tego wyroku Trybunał stwierdził, że zmiana tytułu ubezpieczenia chorobowego nie przerywa jego biegu, a osoba rzetelnie uiszczająca składki pozostaje ubezpieczona niezależnie od tytułu, z jakiego te składki odprowadza. Z punktu widzenia prawa do zasiłku chorobowego w określonej wysokości, istotne jest podleganie ubezpieczeniu chorobowemu oraz ponoszenie ciężaru ekonomicznego składek na nie (ich terminowe opłacanie przez osobę prowadzącą działalność gospodarczą albo potrącanie z wynagrodzenia pracownika) przez określony czas. Niedopuszczalne jest natomiast różnicowanie wysokości zasiłków należnych ubezpieczonemu, wynikające tylko ze zmiany tytułu ubezpieczenia. W konsekwencji niedopuszczalna jest sytuacja, w której obywatel zmieniający tytuł ubezpieczenia, w razie niezdolności do pracy z powodu choroby przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia chorobowego z nowego tytułu, otrzymuje świadczenie niższe od świadczenia, na które uczciwie "zapracował" potrąconymi z jego wynagrodzenia składkami za poprzedni okres (okresy) ubezpieczenia, znajdując się w sytuacji gorszej nie tylko od pracownika, który podlegał ubezpieczeniu chorobowemu krócej niż miesiąc, ale nawet od byłego pracownika, który w pewnych okolicznościach ma prawo do zasiłku również po ustaniu ubezpieczenia (por. SN w wyroku z dnia 3 października 2013r. II UK 96/13 OSNP 2014/9/133).

W orzeczeniu swoim Trybunał Konstytucyjny podniósł, iż sposób ustalania podstawy wymiaru zasiłku przysługującego pracownikowi jest następujący: zgodnie z art. 36 ust. 1 ustawy zasiłkowej, podstawę tę stanowi przeciętne miesięczne wynagrodzenie wypłacone za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy (dalej: przeciętne wynagrodzenie miesięczne). Wynagrodzeniem jest zaś przychód pracownika stanowiący podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe, po odliczeniu potrąconych przez pracodawcę składek na ubezpieczenie emerytalne, rentowe i chorobowe, a zatem można przyjąć, że owo wynagrodzenie to kwota równa 86,29% przychodu w rozumieniu przepisów podatkowych. Natomiast sposób ustalania podstawy wymiaru zasiłku przysługującego niepracownikowi - ubezpieczonemu przedsiębiorcy przedstawia się następująco. Zgodnie z art. 48 ust. 1 ustawy zasiłkowej, podstawę tę stanowi przychód za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy. Przychodem jest zaś - zgodnie z art. 3 pkt 4 ustawy zasiłkowej - kwota 86,29% podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe (czyli zadeklarowanej kwoty). Na podstawie art. 48 ust. 2 odpowiednio stosuje się m.in. art. 38 ust. 1 ustawy zasiłkowej, należy zatem przyjąć,

że przeciętny miesięczny przychód za okres 12 miesięcy poprzedzających powstanie niezdolności do pracy to iloraz kwoty osiągniętego przychodu i liczby miesięcy, w ciągu których został on osiągnięty (z wyłączeniem przychodu za miesiące, w których były pobierane zasiłki, a działalność była wykonywana przez mniej niż połowę miesiąca; art. 50 ustawy zasiłkowej). Ustawowa regulacja dotycząca niepracowników nie zawiera unormowania analogicznego do zawartego w art. 37 ustawy zasiłkowej, co oznacza, że dzienną stawkę zasiłku chorobowego ustala się, przyjmując zadeklarowany przychód tylko za tę część miesiąca kalendarzowego, przez którą trwało ubezpieczenie chorobowe. Jest więc ta stawka znacznie mniej korzystna od stawki zasiłku, którą w porównywalnych warunkach otrzymałby pracownik. W sytuacji gdy ubezpieczony - nawet po wielu latach podlegania obowiązkowemu ubezpieczeniu z tytułu pozostawania w stosunku pracy - zmienia tytuł ubezpieczenia (na ubezpieczenie z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej), a następnie staje się niezdolny do pracy przed upływem pełnego miesiąca ubezpieczenia z nowego tytułu, traktowany jest - przy ustalaniu wysokości należnych zasiłków - tak, jakby do ubezpieczenia przystąpił po raz pierwszy (co – jak podkreślił Trybunał Konstytucyjny - jest jawną niekonsekwencją ustawodawcy, bo równocześnie wcześniejsze ubezpieczenie, wynikające ze stosunku pracy pracą zaliczane jest do 90-dniowego okresu wyczekiwania - art. 4 ust. 2 ustawy zasiłkowej), a więc znacznie gorzej nie tylko od pracownika, który podlegał ubezpieczeniu chorobowemu krócej niż miesiąc, ale nawet od byłego pracownika, który w pewnych okolicznościach ma prawo do zasiłku również po ustaniu ubezpieczenia. Prowadzi do stanu, w którym z dwóch osób zatrudnionych, tracących pracę, ale spełniających powyższe warunki (dłuższa choroba ujawniająca się w określonym czasie po ustaniu tytułu ubezpieczenia), jedna - która nie ubezpieczyła się z żadnego nowego tytułu - otrzymuje zasiłek chorobowy na zasadach, na których przysługiwałby jej on, gdyby pracę kontynuowała, druga zaś - która ubezpieczyła się i zaczęła odprowadzać składki z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej - otrzymuje zasiłek na zasadach znacznie mniej korzystnych. Trybunał podniósł, iż zróżnicowanie takie godzi w zasadę równości i jest jawnie niesprawiedliwe w stosunku do osoby, która postanowiła się ubezpieczyć z nowego tytułu (prowadzenia działalności gospodarczej) i zasiłkować składkami funduszu chorobowy działający w ramach Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

Zmiana tytułu ubezpieczenia chorobowego nie przerywa jego biegu, a osoba rzetelnie uiszczająca składki pozostaje ubezpieczona niezależnie od tytułu, z jakiego te składki odprowadza.

W tych okolicznościach, z punktu widzenia prawa do zasiłku chorobowego w określonej wysokości, istotne jest podleganie ubezpieczeniu chorobowemu oraz ponoszenie ciężaru ekonomicznego składek na nie (ich terminowe opłacanie przez przedsiębiorcę albo potrącanie z wynagrodzenia pracownika) przez określony czas. Niedopuszczalne jest więc różnicowanie wysokości zasiłków należnych ubezpieczonemu, wynikające li tylko ze zmiany tytułu ubezpieczenia. (wyrok TK z 24 maja 2012r. P 12/10, OTK-A 2012/5/52).

Stan faktyczny, na tle którego zostało wydane cytowane orzeczenie w ocenie Sądu I instancji był niemalże analogiczny, jak w przedmiotowej sprawie, gdyż zarówno w cytowanym orzeczeniu, jak i w niniejszej sprawie jedyną różnicą dotyczy rodzaju świadczenia. Zdaniem Sądu wnioski, jakie wysnuł Trybunał Konstytucyjny znajdują zastosowanie także w rozpoznawanym stanie faktycznym. Zarówno ubezpieczony z omawianego orzeczenia TK, jak i wnioskodawca posiadali długoletni okres podlegania obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym z tytułu zatrudnienia. Nie można zatem tego faktu zupełnie pominąć i uznać, iż w przypadku wnioskodawcy znaczenie ma li tylko to, że podlegał ubezpieczeniu dobrowolnemu chorobowemu. Sąd podkreślił, iż do okresu wyczekiwania wlicza się ubezpieczenie pracownicze. Wnioskodawca byłby zatem w gorszej sytuacji, mimo długoletniej historii ubezpieczeniowej. W związku z tym Sąd uznał, iż także w tym przypadku należy zastosować odpowiednio art. 37 ustawy zasiłkowej, posiłkując się wnioskami wysnutymi przez Trybunał Konstytucyjny w omawianym orzeczeniu.

Apelację od powyższego orzeczenia w całości wniósł organ rentowy.

Zaskarżonemu wyrokowi apelujący zarzucił naruszenie prawa materialnego - art. 13 ust. 1 pkt 2 w zw. z art. 49 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. 2014.159.j.t.) przez jego błędną interpretację i niewłaściwe zastosowanie oraz przyjęcie, że podstawę wymiaru świadczenia rehabilitacyjnego z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej za okres od 1 września 2012 r. do 15 listopada 2012 r. stanowi przychód z 12 miesięcy kalendarzowych.

W uzasadnieniu swego stanowiska skarżący podniósł, że po pierwsze Sąd I instancji nakazał wyliczenie świadczenia od podstawy wymiaru obliczonej od przychodu z 12 miesięcy kalendarzowych – nie wskazując z jakiego przedziału czasowego mają być przyjęte miesiące skoro niezdolność do pracy wnioskodawcy trwała nieprzerwanie od 24 maja 2011 r. do 15 listopada 2012 r. Po drugie w uzasadnieniu wyroku Sąd nie wskazał motywów rozstrzygnięcia przywołując do okoliczności sprawy, treści z analogicznego jak uznał stanu faktycznego. Tymczasem ten w ocenie organu rentowego jest zgoła odmienny, gdyż Sąd nie odróżnił dwóch stanów faktycznych z których jeden wiąże się ze zmienionym od 1 grudnia 2013 r. przepisem art. 49 który po wprowadzeniu ust. 2 stanowił dostosowanie systemu prawa do wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 24 maja 2012 r. P 12/10. Natomiast w niniejszej sprawie uzasadnienie do stanowiska prezentowanego przez organ rentowy wywieść należy z art. 13 ustawy zasiłkowej, na podstawie którego wnioskodawca utracił prawo do świadczenia chorobowego z tytułu ubezpieczenia pracowniczego, z uwagi na co wobec wejścia w dobrowolne ubezpieczenie chorobowe winny być naliczane według zasad ustalania podstawy wymiaru świadczeń przysługujących ubezpieczonym niebędącym pracownikami. Jako zaś że w okresie 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc w, którym powstała niezdolność do pracy wnioskodawca nie osiągał przychodu nie znajdował zastosowania w sprawie art. 48 ust. 1 lecz 48 ust. 2 ustawy, który z kolei zastrzega stosowanie art. 49 pkt 1. Tym samym przyjąć należało, iż niezdolność do pracy powstała w pierwszym miesiącu dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego w którym wnioskodawca nie osiągnął żadnego przychodu wobec tego podstawę wymiaru winna stanowić najniższa podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe po stosownych odliczeniach.

Wskazując na powyższe organ rentowy wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie odwołania, ewentualnie zaś o zmianę zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy sądowi rejonowemu do ponownego rozpoznania.

W odpowiedzi na powyższe ubezpieczony wniósł o oddalenie apelacji organu rentowego w całości.

Sąd Okręgowy w Łodzi zważył, co następuje.

Apelacja nie zasługuje na uwzględnienie.

Zaskarżony wyrok jest prawidłowy i znajduje oparcie zarówno w zgromadzonym w sprawie materiale dowodowym, jak i w obowiązujących przepisach prawa.

Sąd Okręgowy w pełni aprobuje ustalenia faktyczne Sądu pierwszej instancji i przyjmuje je za własne. Podziela również wywody prawne zawarte w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku, nie znajdując przy tym żadnych podstaw do jego zmiany bądź uchylecia.

Zgodnie z art. 4 ust. 1 ustawy z 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa ubezpieczony nabywa prawo do zasiłku chorobowego:

- 1) po upływie 30 dni nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego - jeżeli podlega obowiązkowo temu ubezpieczeniu;
- 2) po upływie 90 dni nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego - jeżeli jest ubezpieczony dobrowolnie.

Do okresów ubezpieczenia chorobowego, o których mowa w ust. 1, wlicza się poprzednie okresy ubezpieczenia chorobowego, jeżeli przerwa między nimi nie przekroczyła 30 dni lub była spowodowana urlopem wychowawczym, urlopem bezpłatnym albo odbywaniem czynnej służby wojskowej przez żołnierza niezawodowego (ust. 2 powołanego przepisu).

Podstawę wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego ubezpieczonemu niebędącemu pracownikiem stanowi przychód za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy. Przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego ubezpieczonemu niebędącemu pracownikiem stosuje się odpowiednio przepisy art. 36 ust. 2-4, art. 38 ust. 1, art. 42, 43 i 46, z zastrzeżeniem art. 49 i 50. (Art. 48 ust. 1. i 2. powołanej ustawy).

Z kolei art. 49 ustawy w brzmieniu obowiązującym w okresie w którym ubezpieczony pozostawał niezdolny do pracy stanowił, że jeżeli niezdolność do pracy powstała w pierwszym miesiącu kalendarzowym ubezpieczenia chorobowego, podstawę wymiaru zasiłku stanowi:

- 1) najniższa podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe, po odliczeniach, o których mowa w art. 3 pkt 4 - dla ubezpieczonych, dla których określono najniższą podstawę wymiaru składek;
- 2) kwota przychodu określona w umowie przypadająca na pierwszy miesiąc kalendarzowy ubezpieczenia, po odliczeniach, o których mowa w art. 3 pkt 4, a jeżeli kwota ta w umowie nie została określona, kwota przeciętnego miesięcznego przychodu innych ubezpieczonych, z którymi płatnik składek zawarł takie same lub podobne umowy - dla ubezpieczonych wykonujących pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia;
- 3) przeciętny miesięczny przychód innych członków spółdzielni - dla ubezpieczonych będących członkami rolniczych spółdzielni produkcyjnych i spółdzielni kółek rolniczych;
- 4) przeciętny miesięczny przychód osób wykonujących pracę nakładczą na rzecz danego płatnika składek - dla osób wykonujących pracę nakładczą.

Znowelizowane brzmienie art. 49 ustawy (obowiązujące od dnia 1 grudnia 2013 r. tj. wprowadzone jeszcze przed dniem wydania zaskarżonej decyzji – 15 października 2014 r.), uwzględnia natomiast tezę powołanego przez Sąd Rejonowy wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 24 maja 2012 roku, stanowiąc, iż jeżeli niezdolność do pracy powstała przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia chorobowego, podstawę wymiaru zasiłku stanowi:

- 1) najniższa miesięczna podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe za miesiąc, w którym powstało prawo do zasiłku, po odliczeniach, o których mowa w art. 3 pkt 4 - dla ubezpieczonych, dla których określono najniższą podstawę wymiaru składek;
- 2) kwota przychodu określona w umowie przypadająca na pierwszy miesiąc kalendarzowy ubezpieczenia, po odliczeniach, o których mowa w art. 3 pkt 4, a jeżeli kwota ta w umowie nie została określona, kwota przeciętnego miesięcznego przychodu innych ubezpieczonych, z którymi płatnik składek zawarł takie same lub podobne umowy - dla ubezpieczonych wykonujących pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia;
- 3) przeciętny miesięczny przychód innych członków spółdzielni za miesiąc, w którym powstało prawo do zasiłku - dla ubezpieczonych będących członkami rolniczych spółdzielni produkcyjnych i spółdzielni kółek rolniczych;
- 4) przeciętny miesięczny przychód osób wykonujących pracę nakładczą na rzecz danego płatnika składek za miesiąc, w którym powstało prawo do zasiłku - dla osób wykonujących pracę nakładczą.

2. Jeżeli niezdolność do pracy powstała przed upływem pełnego miesiąca kalendarzowego ubezpieczenia chorobowego, a okres ubezpieczenia chorobowego rozpoczął się nie później niż 30 dni od ustania ubezpieczenia chorobowego z innego tytułu, przy ustaleniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego stosuje się odpowiednio przepis art. 37 ust. 1.

Mając powyższe na uwadze przede wszystkim nie sposób zgodzić się ze skarżącym, iż podstawa wymiaru świadczenia rehabilitacyjnego dla ubezpieczonego powinna być ustalona od najniższej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe po stosownych odliczeniach bowiem wnioskodawca utracił prawo do świadczenia chorobowego z tytułu ubezpieczenia pracowniczego i tym samym należne mu świadczenia winny być naliczane według zasad ustalania podstawy wymiaru świadczeń przysługujących ubezpieczonym nie będącym pracownikami.

W istocie zgodnie z art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy zasiłkowej zasiłek chorobowy z tytułu niezdolności do pracy (a w konsekwencji też świadczenie rehabilitacyjne - por. art. 22 ustawy) powstałej w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego, jak i z tytułu niezdolności do pracy powstałej po ustaniu tytułu ubezpieczenia nie przysługuje za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego, jeżeli osoba niezdolna do pracy: kontynuuje działalność zarobkową

lub podjęła działalność zarobkową stanowiącą tytuł do objęcia obowiązkowo lub dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym albo zapewniającą prawo do świadczeń za okres niezdolności do pracy z powodu choroby. Jednakże powyższe samo w sobie nie decyduje o sposobie wyliczenia podstawy świadczeń należnych wobec istnienia innego tytułu ubezpieczenia. Tą determinuje treść cytowanych art. 48 ust 1 i 2 oraz art. 49 powołanej ustawy.

Wskazać należy, co słusznie podniósł Sąd I instancji, iż T. R. prowadzi działalność gospodarczą od 1999 r. Z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej w okresie zatrudnienia od dnia 7 maja 2007 r. do dnia 31 sierpnia 2012 r. podlegał ubezpieczeniu zdrowotnemu. Od dnia 1 września 2012r. został objęty ponownie ubezpieczeniem chorobowym z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej. Wobec tego ubezpieczenie chorobowe wnioskodawcy miało charakter nieprzerwany z tym, że pochodziło z różnych tytułów (zatrudnienia i prowadzenia działalności gospodarczej). Wskutek więc ponownego przystąpienia wnioskodawcy do ubezpieczenia z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej po ustaniu stosunku pracy do okresów ubezpieczenia chorobowego powinno doliczać się poprzedni okres ubezpieczenia będący również podstawą uiszczenia składek.

Znamiennym jest, iż z art. 49 ustawy zasiłkowej w brzmieniu obowiązującym w okresie kiedy wnioskodawca pozostawał niezdolny do pracy wynika, że jeżeli niezdolność do pracy powstała w pierwszym miesiącu kalendarzowym ubezpieczenia chorobowego, podstawę wymiaru zasiłku stanowi: najniższa podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe, po odliczeniach, o których mowa w art. 3 pkt 4 - dla ubezpieczonych, dla których określono najniższą podstawę wymiaru składek. Zakresem tego przepisu nie są więc objęte osoby, których dobrowolne ubezpieczenie chorobowe z tytułu takiej działalności było poprzedzone - bezpośrednio lub z przerwą nie dłuższą niż określona w art. 4 ust. 2 ustawy - ubezpieczeniem chorobowym (wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 24 maja 2012 roku, P 12/10; por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 3 października 2013 r., II UK 96/13, LEX nr 1391551). Ponadto w uchwale z dnia 12 września 2008 r. I UZP 5/08 /OSNP 2009/5-6/70, Prok.i Pr.-wkł. (...), Biul.SN 2008/9/17, M.P.Pr. (...) -46/ Sąd Najwyższy wskazał, że jeżeli przerwy w podleganiu ubezpieczeniu chorobowemu nie przekraczały 30 dni, to przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego ubezpieczonemu niebędącemu pracownikiem, którą stanowi przychód za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy (art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, jednolity tekst: Dz.U. z 2005 r. Nr 31, poz. 267 ze zm.) uwzględnia się przychód z tego okresu nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego w rozumieniu art. 4 ust. 2 tej ustawy.

Na gruncie rozpoznawanej sprawy z chwilą opłacenia składek od 1 września 2012 r. T. R., nie przystąpił do ubezpieczenia chorobowego – nie był to jego pierwszy miesiąc ubezpieczenia chorobowego. Wnioskodawca kontynuował dobrowolne ubezpieczenie chorobowe z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej, nieprzerwanie po ustaniu ubezpieczenia z tytułu zatrudnienia. Wobec tego ustalenie podstawy należnego mu świadczenia rehabilitacyjnego w oparciu o art. 48 ust. 1 powołanej ustawy było ze wszech miar prawidłowe.

Nie można przy tym przyjąć - jak chce tego skarżący - że zaskarżony wyrok jest nieprawidłowy bowiem Sąd I instancji nakazał wyliczenie świadczenia od podstawy wymiaru obliczonej od przychodu z 12 miesięcy kalendarzowych, nie wskazując z jakiego przedziału czasowego mają być przyjęte miesiące skoro niezdolność do pracy wnioskodawcy trwała nieprzerwanie od 24 maja 2011 r. do 15 listopada 2012 r.

Odnosząc się do powyższego wskazać należy, że jeżeli organ rentowy ma jakiegokolwiek wątpliwości co do treści rozstrzygnięcia może w myśl art. 352 kpc zwrócić się z wnioskiem o jego wykładnię. Bezwzględnie jednak wskazane wątpliwości wobec poprawnej oceny dowodów i prawidłowego zastosowania prawa materialnego przez Sąd Rejonowy nie mogą prowadzić do zmiany czy uchylenia wydanego w sprawie orzeczenia..

Reasumując - w kontekście powyższych rozważań - Sąd Okręgowy przyjął, iż prezentowana w apelacji argumentacja jest chybiona i jako taka nie może się ostać. Sąd Rejonowy dokonał prawidłowej interpretacji przepisów ustawy z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa i

trafnie wywiódł, iż podstawę wyliczenia świadczenia rehabilitacyjnego należnego za okres od 1 września 2012 r. do 15 listopada 2012 r. winien stanowić przychód z 12 miesięcy kalendarzowych.

Biorąc powyższe pod uwagę, Sąd Okręgowy na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił apelację organu rentowego, jako bezzasadną.